

Analyse d'articles — avec la collaboration de la Société Francophone de Médecine Sexuelle (SFMS)

Review of publications — with the collaboration of the Société Francophone de Médecine Sexuelle (French-Speaking Society for Sexual Medicine)

Coordination : J. Buvat

© SALF et Springer-Verlag France 2012

Fonction érectile

À propos des faux diagnostics de dysfonction veino-occlusive portés à partir du pharmacodoppler pénien : une étude de leur prévalence et des éléments qui permettent de les suspecter

The false diagnosis of venous leak: prevalence and predictors

Teloken PE, Park K, Parker M, et al (2011) J Sex Med 8:2344–9

Analysé par C. Bonnin et P. Bouilly

Préambule

Si la dysfonction érectile (DE) est une pathologie multifactorielle et si son origine vasculotissulaire est reconnue comme dominante, la recherche précise d'une étiologie vasculaire n'est pas pour autant recommandée pour la majorité des patients, ceux-ci pouvant aujourd'hui bénéficier de médicaments sexo-actifs, tels que les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5. Des critères hémodynamiques validés (pic systolique de vitesse post-injection [PSVpi]) permettent de diagnostiquer une insuffisance artérielle (IA) — composante artérielle de l'insuffisance vasculotissulaire — lors d'un pharmacodoppler pénien (PEDP). D'autres critères (vitesse télédiastolique [VTD] et indice de résistance) ont été définis pour rechercher une dysfonction veino-occlusive (DVO). Le PEDP a ainsi progressivement supplanté le couple cavernosométrie–cavernosographie dans cette recherche. Néanmoins, lors de l'examen, l'absence de relaxation maximale du tissu caverneux liée à l'anxiété du patient peut être à l'origine de faux diagnostics de DVO.

L'objectif de ce travail était de réévaluer le statut hémodynamique de patients dont la DE avait été attribuée à une DVO lors d'un premier examen.

Schéma de l'étude

L'étude incluait des patients avec DE qui avaient eu auparavant, ailleurs que dans l'institution des auteurs, un diagnostic ultrasonique de suspicion de DVO (premier PEDP), et chez lesquels l'exploration était de nouveau réalisée (second PEDP). En cas de confirmation ultrasonique de cette suspicion, le bilan était complété par une cavernosométrie destinée à confirmer le diagnostic de DVO. Le PEDP était réalisé après injection intracaverneuse (IIC) de 0,1 ml d'une solution de trimix (papavérine : 30 mg/ml, phentolamine : 1 mg/ml, prostaglandine : E1 10 µ/ml). L'injection devait obtenir une érection de qualité au moins identique à la meilleure érection obtenue à domicile sans l'aide de médicaments vasoactifs (BQE : *bedroom quality erection*), sinon une nouvelle injection de trimix était faite. Les critères diagnostiques d'IA étaient un PSVpi inférieur à 30 cm/s associé à une VTD inférieure à 5 cm/s. La DVO était définie par une VTD supérieure à 5 cm/s avec un PSVpi supérieur à 30 cm/s et l'insuffisance mixte par l'association PSVpi inférieur à 30 cm/s et VTD supérieure à 5 cm/s. En cas de résultat anormal, une cavernosométrie était réalisée avec IIC d'un maximum de deux fois 1 ml de trimix. Une fuite veineuse était diagnostiquée lorsque le débit pour maintenir une pression intracaverneuse supérieure à 90 mmHg était supérieur à 5 ml/min. Était également enregistrée la baisse de pression intracaverneuse après une période de 30 secondes d'arrêt de la pompe, en partant d'une pression initiale de 150 mmHg. Une chute de pression supérieure à 45 mmHg/30 secondes était considérée comme anormale.

Résultats

Deux cent quatre-vingt-douze patients présentant une DE légère à modérée (score moyen du domaine de la fonction érectile de l'IIEF : 18 ± 5) ont été inclus. Ils étaient âgés de 44 ± 26 ans. Le nombre moyen de facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV) était de 1.

Lors du premier PEDP

- 32 % des patients avaient obtenu une BQE après IIC ;
- 85 % des patients avaient eu une seule IIC (moyenne : 1,2) ;
- 31 % des patients avaient une insuffisance mixte (90/292).

Lors du second PEDP (étude présente)

- 74 % des patients ont obtenu une BQE ;
- 69 % ont eu plus d'une IIC (moyenne : 2,2) ;
- 19 % des examens étaient normaux (56/292).

Une DVO a été évoquée chez 216 patients ($216/292 = 74\%$) : tous ont eu une cavernosométrie, qui a confirmé une DVO chez 216 d'entre eux ($126/216 = 58\%$).

Au total

- chez 138 patients (47 %) initialement diagnostiqués comme « DVO », le bilan n'a révélé aucune anomalie ;
- **seulement 43 % des patients avaient un diagnostic final de DVO (126/292) ;**
- 60/292 avaient un diagnostic final d'IA avec ou sans DVO (20/292 IA isolées).

En analyse multivariée, **trois facteurs prédictifs de faux diagnostics ultrasoniques de DVO** ressortaient : l'âge inférieur à 45 ans, moins de deux FRCV, et l'absence d'obtention d'une BQE lors de l'examen.

Discussion

Cette étude multicentrique démontre que seulement 43 % des suspicions diagnostiques ultrasonores de DVO sont confirmées par la cavernosométrie. Pour les auteurs, la recherche d'une « fuite cavernoveineuse » est importante, car ces patients répondent souvent mal aux médicaments sexo-actifs oraux, ayant donc souvent comme solution thérapeutique recours aux IIC, voire à la chirurgie prothétique. Les faux diagnostics de DVO sont souvent liés à une hyperadrénergisme, empêchant la relaxation complète du muscle lisse caveux, qui est difficile à apprécier par le clinicien. Pour pallier à cette difficulté, les auteurs utilisent le concept de BQE définie en préambule. En pratique, l'absence de BQE lors d'un PEDP qui montre des paramètres hémodynamiques anormaux conduit ceux-ci à réaliser une cavernosométrie. Par la suite, en l'absence de BQE lors de la cavernosométrie, une IIC est pratiquée à titre de test diagnostique. La DVO est éliminée lorsque le

patient répond bien à une faible dose de vasoactif injectable ; elle est probable lorsque le patient ne répond qu'à une forte dose. Dans l'étude, seulement un tiers des patients avait obtenu une BQE lors du premier PEDP, probablement explicable par la moyenne des IIC réalisées (1,2), comparativement aux 74 % lors du second examen (moyenne des IIC = 2,2). Cette différence explique probablement pourquoi une DVO n'a pas été retrouvée dans 26 % des cas lors du second examen. Concernant les critères diagnostiques de DVO, en utilisant un seuil de VTD à 5 cm/s, Gontero et al. [1] avaient montré que l'ajout de phentolamine à la PGE1 « normalisait » le résultat des explorations dans la moitié des cas, en conformité avec les résultats de cette étude. Le timing d'enregistrement est également un critère important, la VTD devant être enregistrée une fois l'érection rigide atteinte. Dans l'étude, les données du timing concernant les premiers examens ne sont pas disponibles. McMahon [2] avait montré que l'enregistrement de l'indice de résistance (seuil à 0,85) 15 minutes après l'IIC augmentait de façon très importante la spécificité (97 %) par rapport à l'enregistrement à cinq minutes (7 %). Si dans l'étude, un second PEDP permettait de réduire de 26 % le taux de faux-positifs, le diagnostic n'était finalement confirmé en cavernosométrie que chez 58 % des patients. Ainsi, même quand une BQE est obtenue, la valeur prédictive positive du PEDP pour le diagnostic de DVO n'est pas optimale, peut-être parce que les ultrasons ne constituent qu'une méthode d'étude indirecte de la fonction veino-occlusive, ou que l'obtention d'une BQE n'est pas obligatoirement synonyme de relaxation musculaire complète.

Conclusion

Cette étude souligne la nécessité de prudence dans le diagnostic ultrasonore de DVO, notamment chez les sujets jeunes, justifiant la répétition de l'exploration, voire la réalisation d'une cavernosométrie pour asseoir le diagnostic.

Commentaires

Cette récente étude prospective multicentrique a le mérite de remettre en lumière les conditions d'examen nécessaires à l'obtention d'une suspicion diagnostique fiable de DVO lors de la réalisation d'un PEDP, examen simple à réaliser. Les résultats ne sont pas surprenants, eu égard aux travaux précédents, notamment ceux d'Akkus et al. [3], qui avaient montré que la répétition des explorations permettait de modifier le diagnostic initial dans 23 % des cas en ce qui concerne la DVO et dans 15 % des cas pour l'IA. Cette étude recense les facteurs pouvant expliquer un diagnostic faussement positif, à savoir : le jeune âge des patients, l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire et l'hyperadrénergisme empêchant une relaxation optimale du tissu musculaire. Il

aurait été intéressant de pouvoir disposer des paramètres des explorations réalisées initialement, afin de préciser la part d'hyperadrénargie dans l'amélioration de la performance diagnostique (nature et dose des produits injectés, éventuel redosage, timing de l'enregistrement), même si l'on peut supposer que les examens avaient été faits dans les règles de l'art. On notera aussi que les explorations ont été réalisées après IIC de trimix, ce qui n'est pas la pratique courante puisque la plupart des équipes réalisent leurs examens après injection de prostaglandine E1 (Edex[®], Caverject[®]). In fine, la question reste de savoir s'il est utile en pratique courante de tout mettre en œuvre pour rechercher une « fuite caverno-veineuse », en dehors de la recherche d'une fuite congénitale ou post-traumatique chez un sujet jeune : la correction chirurgicale de ces fuites n'est pas actuellement recommandée en l'absence d'étude validée [4,5].

Références

1. Gontero P, Sriprasas S, Wilkins CJ, et al (2004) Phentolamine re-dosing during penile dynamic colour Doppler ultrasound: a practical method to abolish a false diagnosis of venous leakage in patients with erectile dysfunction. *Br J Radiol* 77:922–6
2. McMahon CG (1998) Correlation of penile duplex ultrasonography, PBI, DICC and angiography in the diagnosis of impotence. *Int J Imp Res* 10:153–8
3. Akkuş E, Alici B, Ozkara H, et al (1998) Repetition of color Doppler ultrasonography: is it necessary? *Int J Impot Res* 10:51–5
4. Hellstrom WJ, Montague DK, Moncada I, et al (2010) Implants, mechanical devices, and vascular surgery for erectile dysfunction. *J Sex Med* 7:501–23
5. Montorsi F, Adakian G, Becher E, et al (2010) Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 7: 3572–88

Fonction sexuelle

La substitution sensorielle : une nouvelle voie pour la médecine sexuelle chez les hommes paraplégiques et tétraplégiques ?

The development of a sensory substitution system for the sexual rehabilitation of men with chronic spinal cord injury

Borisoff JF, Elliott SL, Hocaloski S, Birch GE (2010) *J Sex Med* 7:3647–58

Analysé par F. Courtois

Les auteurs de l'article sont des ingénieurs, un médecin sexologue et une infirmière, impliqués de près dans le domaine de la réadaptation. Ils proposent, sur la base d'une riche expérience professionnelle et parfois d'un vécu personnel, un appareil de substitution sensorielle qui vise à permettre aux individus atteints de lésions médullaires (cervicale et thoracique) de ressentir des sensations génitales alors

qu'ils ont perdu toute sensation sous-lésionnelle. L'étude et l'appareil sont inspirés des recherches sur la substitution sensorielle, champ novateur pour les déficiences et handicaps physiques. Ils permettent d'entraîner un individu atteint d'un handicap sensoriel à utiliser une modalité de substitution pour gagner de l'information. Les études réalisées dans ce domaine, notamment sur les déficits visuels (par exemple aveugles de naissance), ont ainsi montré que les personnes atteintes d'un tel déficit peuvent non seulement utiliser une autre modalité sensorielle (par exemple l'ouïe ou le toucher) pour connaître leur environnement, mais développer une plus grande sensibilité à cette modalité comparées à des sujets témoins (par exemple seuil de détection plus bas, spectre plus large). Qui plus est, la résonance magnétique fonctionnelle (fMRI) montre une plasticité neuronale au niveau des aires corticales visuelles qui sont « inoccupées » chez ces sujets aveugles et dès lors utilisées par les neurones de la modalité sensorielle de remplacement (par exemple neurones des aires auditives projetés sur les aires visuelles occipitales). Des individus atteints de cécité complète peuvent ainsi « voir » leur environnement grâce à une cartographie auditive (par exemple sons et tonalités différentes pour traduire une distance ou proximité, droite versus gauche, etc.). En médecine sexuelle, les auteurs s'inspirent de cette neuroplasticité pour développer un appareil de substitution sensorielle qui permette aux hommes paraplégiques et tétraplégiques de percevoir des sensations génitales malgré leur lésion. Pour ce faire, ils adaptent un appareil utilisé pour les troubles visuels et vestibulaires, qui capte les stimuli externes et les traduit en cartographie sur la langue. Les auteurs conçoivent un capteur placé sur la main et qui suit la trajectoire d'une caresse génitale pour la traduire via un émetteur (espèce de quadrillage) placé sur la langue. La base de la verge est ainsi représentée par une stimulation de l'arrière de la langue, le méat ou le gland par une stimulation au bout de la langue. Le mouvement est capté par la stimulation séquentielle des diverses régions de la langue, par exemple un mouvement de va-et-vient sur le pénis par une stimulation de l'arrière à l'avant de la langue. Grâce à un entraînement et à la neuroplasticité, les auteurs émettent l'hypothèse que les sujets paralysés pourront percevoir une caresse sexuelle. L'étude cherche principalement à valider l'appareil. Elle évalue l'entraînement des participants et l'efficacité des perceptions sur la langue. Trois questionnaires de sensations sexuelles et une entrevue permettent de rencontrer ces objectifs. Quatre hommes atteints de lésion médullaire (complète, classification de l'*American Spinal Injury Association* : ASIA A, chez trois hommes ; légère sensibilité, ASIA B chez le quatrième) reçoivent jusqu'à 20 séances d'entraînement avec masturbation. Les résultats montrent que le capteur peut traduire les sensations de mouvement, caresse, « douceur » sur la langue. Les données des questionnaires appuient la perception de sensations

sexuelles, mais non des sensations paroxystiques d'orgasme. À noter que l'étude ne vise pas l'éjaculation, mais se limite à la caresse sexuelle. Il n'est donc pas étonnant que les résultats révèlent une absence de sensation de plaisir intense ou d'orgasme. L'entrevue suggère plutôt que les sujets ressentent un certain niveau de frustration, l'appareil permettant une perception sexuelle mais créant également une certaine attente, un désir (frustré) d'orgasme. Ce résultat, apparemment négatif, montre que l'instrument remplit ses fonctions en stimulant la perception du toucher et le désir. Il pourrait dans un second temps être associé à l'éjaculation. Les retombées de l'étude sont intéressantes et novatrices. Les auteurs suggèrent d'entraîner des hommes à percevoir les sensations associées à l'éjaculation (souvent déclenchée par vibromasseur chez cette population), ou d'entraîner des sujets à percevoir non pas leurs propres caresses, mais celles de leur partenaire, ou encore d'utiliser l'appareil pour d'autres fins que sexuelles pour percevoir leur corps sous-lésionnel en prévention des escarres, etc. L'article fait donc un tour d'horizon de différents domaines de recherche et de clinique, ce qui le rend riche et stimule la réflexion. Il aborde la question de la qualité de vie sexuelle des hommes et des femmes qui vivent avec une lésion médullaire, la substitution sensorielle et la neuroplasticité. Les réflexions servent de tremplin pour des pistes de recherche et des interventions cliniques. Les limites viennent du fait que l'étude teste principalement l'appareil et non pas son utilisation. On teste la capacité de l'appareil à traduire sur la langue le mouvement de la main sur le pénis en érection. Bien que les auteurs évaluent les perceptions de plaisir, celui-ci est nécessairement limité par l'absence de rapport sexuel ou de réaction sexuelle complète. L'aspect le plus intéressant reste donc dans la capacité ultime de l'appareil à « traduire » les sensations, et non pas (encore) sa capacité à traduire le plaisir ou paroxysme sexuel.

Le risque d'événements cardiovasculaires est augmenté chez les hommes qui ont une activité sexuelle faible, indépendamment d'une éventuelle dysfonction érectile

Sexual activity, erectile dysfunction, and incident cardiovascular events

Hall SA, Shackelton R, Rosen RC, Araujo AB (2010) *Am J Cardiol* 105:192–7

Analysé par J. Buvat

Introduction

Des études longitudinales ont montré que la dysfonction érectile (DE) est un facteur de risque pour la survenue d'une maladie cardiovasculaire (MCV) et pour la mortalité

cardiovasculaire (CV). On connaît peu de chose quant à d'éventuelles corrélations entre MCV et autres paramètres de la sexualité. Par le passé, quelques études rétrospectives ont rapporté des corrélations entre maintien d'une activité sexuelle et longévité, mais leur méthodologie était critiquable. Dans cette étude, Susan Hall et ses collaborateurs ont utilisé les données de la *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), dont on sait qu'il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale ayant évalué en base, puis huit et quinze ans plus tard, différents paramètres représentatifs de la santé, du vieillissement, et des fonctions hormonales et sexuelles, pour rechercher si d'autres paramètres de la fonction sexuelle que la DE, et dans le cas présent particulièrement la fréquence de l'activité sexuelle et la satisfaction tirée de la vie sexuelle prédisaient la survenue ultérieure d'événements CV, de façon indépendante du statut de la fonction érectile.

Matériel et méthodes

Tous les participants à la MMAS avaient bénéficié lors de leur inclusion dans cette étude d'une évaluation de leurs antécédents, de leurs paramètres de style de vie, et d'un bilan biologique ayant particulièrement évalué les paramètres métaboliques, l'ensemble permettant d'établir leur risque d'événements coronariens à dix ans par le score de Framingham. Au cours de l'évaluation initiale, ils avaient également eu à remplir un autoquestionnaire validé évaluant 23 items reliés à la fonction sexuelle. Ce questionnaire permettait d'identifier les hommes avec DE. Dans l'étude présente, l'analyse a porté sur les réponses à sept questions de ce questionnaire, évaluant la satisfaction tirée par le sujet de sa vie sexuelle, la satisfaction qu'il tirait de sa relation sexuelle avec sa ou ses partenaire(s) actuelle(s), la satisfaction qu'il pensait que sa partenaire tirait de leurs relations sexuelles, la fréquence de son désir sexuel, si cette fréquence était inférieure, égale ou plus élevée que ce qu'il aurait souhaité, la fréquence hebdomadaire de ses rapports sexuels et le degré de son excitation par rapport au niveau qui était le sien à l'époque de ses 20 ans. Les sujets avec antécédents CV ont été exclus de l'étude, et tous les événements CV (ECV : infarctus, accidents vasculaires cérébraux, pose de stents, chirurgie coronarienne, insuffisance cardiaque, mortalité CV) survenus pendant cette période ont été enregistrés, qu'ils aient été rapportés par le sujet, ou trouvés dans leurs dossiers médicaux, ou dans l'index national des décès auquel était liée la banque de données de la MMAS.

Résultats

Mille cent soixante-cinq hommes ont été inclus dans l'analyse, parmi lesquels 213 avaient une DE au départ. Ces hommes ont été suivis pendant 16 ans en moyenne.

Les hommes avec DE avaient en moyenne des revenus plus faibles, étaient plus souvent hypertendus ou diabétiques, avaient une santé générale moins bonne, fumaient plus souvent et avaient un index de masse corporelle légèrement plus élevé. Quarante pour cent d'entre eux faisaient partie de la catégorie à risque vasculaire la plus élevée selon leur score de Framingham, contre 19 % des hommes sans DE. L'incidence des ECV était de 12,5 par 1 000 années-personnes (intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] : 10,8 à 14,3) chez les hommes sans DE ou avec DE minime, contre 17,9 par 1 000 années-personnes (IC 95 % : 14,1–22,6) parmi les hommes avec DE modérée ou complète ($p = 0,03$). En ce qui concerne les autres paramètres sexuels, pas de corrélation entre incidence des ECV et satisfaction tirée de sa propre vie sexuelle ou tirée de sa relation sexuelle. Par contre, les hommes qui avaient un désir d'activité sexuelle au moins deux ou trois fois par semaine avaient une incidence d'ECV à 12,8 par 1 000 années-personnes (IC 95 % : 11 à 14,9), soit légèrement plus faible que ceux qui ne désiraient des rapports qu'une ou quelques fois par mois (13,9 ; IC 95 % : 11,2 à 17,4) et surtout nettement plus faible que ceux qui désiraient des rapports au plus une fois par mois (17,8 ; IC 95 % : 12,8 à 24,9) quoique la différence ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,06$). La fréquence des activités sexuelles (rapports et autres actes sexuels) était associée de façon plus significative à l'incidence des ECV ($p = 0,007$), laquelle augmentait suivant une courbe dose-réponse avec la diminution de la fréquence des actes sexuels : 11,5 par 1 000 années-personnes (IC 95 % : 9,4 à 14,2) pour deux à trois actes sexuels par semaine, 13,5 (IC 95 % : 11,2 à 16,2) pour quelques actes par mois, et 17,6 (IC 95 % : 13,9 à 22,3) pour au plus une fois par mois. Les analyses complémentaires (modélisation multivariée des risques proportionnels de type Cox), tenant compte du score de Framingham, de la présence ou de l'absence d'une DE et de divers autres paramètres somatiques et psychosociaux, atténuaient les différences statistiques, mais même dans ces conditions la corrélation inverse entre incidence des ECV et fréquence de l'activité sexuelle garda sa significativité, tandis que la signification statistique des corrélations avec le désir sexuel disparut.

Discussion

L'analyse des données de la MMAS avait déjà contribué à démontrer l'association qui existe entre DE et incidence de la MCV, ainsi que de la mortalité CV, tous éléments maintenant bien connus. Les données de l'analyse présente montrent qu'outre la DE, la fréquence de l'activité sexuelle (qui incluait ici rapports et autres activités sexuelles) est un facteur de risque indépendant pour les ECV, qui reste

significatif même lorsque les données sont ajustées en fonction de l'existence d'une DE. Plusieurs explications peuvent rendre compte de cette corrélation. La fréquence de l'activité sexuelle peut être influencée par le désir, la qualité de la fonction érectile et la capacité d'accomplir une activité physique minimale. Dans ces conditions, les personnes, qui ont un désir d'activité sexuelle et sont capables d'assumer une activité sexuelle fréquente, sont probablement en meilleure santé que les autres. Mais l'activité physique impliquée par l'activité sexuelle pourrait également être un élément de protection CV, comme toute activité physique. Chez les sujets avec DE, la fréquence de l'activité sexuelle pourrait également constituer un marqueur de sévérité supplémentaire par rapport au risque CV. Enfin, les hommes qui ont une activité sexuelle fréquente ont plus de chances d'avoir une relation intime de qualité, avec une partenaire régulière, ce qui peut aussi contribuer à améliorer leur santé CV par le soutien psychologique et la réduction du stress qu'apporte cette relation. Les limites de cette étude sont que la population de la MMAS est essentiellement blanche, avec un statut socio-économique élevé, et ces résultats ne sont donc pas généralisables à toutes les populations. De plus, la mesure de la DE a été basée sur un algorithme interne spécifique validé, et non sur les tests de type IIEF qui sont aujourd'hui utilisés de façon majoritaire. Les forces de cette étude sont son schéma longitudinal et l'inclusion des pathologies associées et des données psychosociales dans les analyses multivariées.

Conclusion

Si ces données étaient confirmées, elles pourraient conduire à utiliser le paramètre fréquence de l'activité sexuelle en plus du paramètre fonction érectile pour le screening des risques CV.

Commentaires

Quelques études anciennes avaient rapporté des corrélations entre fréquence de l'activité sexuelle et longévité. L'étude présente est cependant la première à avoir confirmé ces données avec une méthodologie particulièrement solide, de par le caractère prospectif et longitudinal du protocole. Voilà qui peut inciter à recommander le maintien d'une activité sexuelle, en plus des autres recommandations hygiénodététiques destinées à limiter les effets du vieillissement, aujourd'hui très à la mode ! Cela faisait en fait déjà longtemps qu'on suggérait, sans preuves, que l'activité sexuelle étant une activité physique comme une autre, et devait être a priori favorable pour la santé. Cette

hypothèse semble maintenant prouvée, au moins pour l'homme. Encore que cette étude ne permette pas de trancher formellement entre deux hypothèses qui se mordent la queue : une fréquence minimale des rapports contribuerait à la protection de la santé CV, ou être en mauvaise santé, particulièrement CV, serait à l'origine d'une fréquence plus faible d'activités sexuelles !

Une nouvelle variété de dyspareunie masculine : « l'hispareunie », douleur pénienne au cours du rapport vaginal après traitement de l'incontinence urinaire d'effort de la partenaire par bandelette de soutènement urétral

Painful Love — « Hispareunia » after sling erosion of the female partner

Mohr S, Kuhn P, Mueller MD, Kuhn A (2011) J Sex Med 8:1740-6

Analysé par M. Galiano

Il s'agit d'une étude originale rapportant la sexualité des hommes dont la partenaire a été opérée d'une incontinence urinaire d'effort compliquée d'une érosion vaginale par la bandelette sous-urétrale. L'évaluation s'est faite rétrospectivement par autoquestionnaire (*Brief Male Sexual Function Inventory* — BMSFI) et scores visuels analogiques avant et six mois après la réparation chirurgicale de l'érosion. Vingt-deux hommes sexuellement actifs ont été inclus dans ce centre de référence de gynécologie de Berne. Après l'intervention de réparation de l'érosion vaginale, le score moyen des évaluations visuelles analogiques est passé de 8 à 1. De même, certains domaines du score BMSFI ont été significativement améliorés comme l'intérêt pour la sexualité, la libido, le volume de l'éjaculation, la facilité pour obtenir une érection. A contrario, d'autres scores du BMSI comme la qualité de l'érection et la satisfaction globale de la sexualité n'ont pas été modifiés par la réparation vaginale. Cette étude, même si elle présente des biais évidents de méthodologie, nous rapporte une expérience intéressante et pratique dont on retiendra le message suivant : un homme qui présente une douleur aiguë lors des rapports sexuels dans les semaines suivant une intervention gynécologique de sa partenaire doit faire consulter celle-ci sans délai. L'érosion touche environ 5 % des procédures de soutènement sous-urétral quelle que soit la voie utilisée (trans-obturatrice ou rétropubienne). Les symptômes les plus souvent retrouvés, et qui peuvent être combinés, sont les pertes vaginales, la dyspareunie et les saignements. Dans cette étude, trois érosions vaginales ont été diagnostiquées uniquement par les douleurs rapportées lors des

rapports sexuels par les hommes. En conclusion, les patientes traitées pour incontinence urinaire par bandelette doivent être prévenues du risque d'érosion vaginale et de la nécessité de consulter rapidement en cas de douleur aiguë de leur partenaire lors des rapports sexuels.

Actualités pharmacologiques

Le tadalafil approuvé par la FDA dans le traitement des troubles urinaires du bas appareil dus à une hypertrophie bénigne de la prostate

FDA NEWS RELEASE

FDA approves Cialis to treat benign prostatic hyperplasia

jeffrey.ventura@fda.hhs.gov

<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm274642.html>

Analysé par G. Bou Jaoudé

L'impact positif des inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5) sur les troubles du bas appareil (TUBA) dus à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) a fait l'objet de plusieurs publications au cours des dernières années. Récemment, l'amélioration des TUBA par les IPDE5 était l'une des conclusions de mises au point signées d'experts internationaux sur nos connaissances objectives concernant la relation entre dysfonction sexuelle masculine et en particulier la dysfonction érectile (DE), (voir analyse dans *Andrologie* 2011, 21:279 des articles de Gacci et al. [1] et de Martínez-Salamanca et al. [2]). L'utilisation des IPDE5 dans les TUBA, en prise quotidienne, pouvait donc être recommandée et l'obtention d'une autorisation officielle dans cette indication n'était plus qu'une question de temps. C'est maintenant chose faite depuis le 6 octobre 2011 date à laquelle la FDA a approuvé le tadalafil, à la posologie de 5 mg, en prise quotidienne, dans le traitement des TUBA/HBP. Cette nouvelle AMM concerne les hommes souffrant de TUBA sans DE ou de TUBA et DE. Pour délivrer cette approbation, les experts de la FDA se sont particulièrement basés sur les résultats de deux études cliniques au cours desquelles les patients souffrant de TUBA ont rapporté une amélioration significative de ces symptômes sous traitement par 5 mg de Cialis® par jour en comparaison au placebo, et d'une troisième étude au cours de laquelle les hommes souffrant de TUBA et DE ont rapporté une amélioration de ces deux symptômes sous le seul traitement par Cialis® 5 mg quotidiens. Par ailleurs, la FDA a rappelé à cette occasion la principale contre-indication de ce traitement : il s'agit de l'association à un dérivé nitré ou donneurs de monoxyde d'azote. De plus, la

FDA ne recommande pas l'association du Cialis® en prise quotidienne au traitement par alphabloqueur. En réalité, même si cette association semble plutôt bien tolérée, les experts de la FDA estiment que nous ne disposons pas de suffisamment de données objectives pour affirmer l'absence de risque d'hypotension artérielle (en particulier orthostatique) lors de l'association IPDE5–alphabloqueur. Cette AMM offre en tout cas aux hommes souffrant de TUBA et DE une alternative thérapeutique intéressante et même séduisante par la simplicité d'un seul traitement pour l'ensemble des symptômes dont ils se plaignent. Beaucoup d'hommes pourraient être concernés par cette indication étant donné la fréquence élevée de l'association des TUBA et de la DE chez les hommes de plus de 50 ans. Cette approbation par la

FDA ouvrira probablement la voie à l'approbation des autorités sanitaires européennes, et peut-être que, dans un second temps, cela appuierait l'argument d'un remboursement de ce traitement chez certains patients.

Références

1. Gacci M, Eardley I, Giuliano F, et al (2011) Critical analysis of the relationship between sexual dysfunctions and lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 60:809–25
2. Martínez-Salamanca JJ, Carballido J, Eardley I, et al (2011) Phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms: critical analysis of current evidence. *Eur Urol* 60:527–35



springer.com

Sign up for SpringerAlerts

The best way to keep you up-to-date with new developments in your field!

You can customize your SpringerAlerts to deliver exactly the information you need!

We offer

- Table of Contents Alerts for Journals
- Table of Contents Alerts for Book Series
- New Book Alert

As an alerts subscriber, you will receive

- Reliable news about journals and upcoming books
- Special offers – be the first to know about free online access to journals and discounts on books

springer.com/alerts – fast, free and flexible



011759a